



**TÁI XÉT TÌNH TRẠNG HỢP LỆ VỀ TRỢ CẤP Y TẾ
CHO GIA ĐÌNH VÀ TRẺ EM**
**ELIGIBILITY REVIEW FOR FAMILY AND CHILDREN'S
MEDICAL BENEFITS**



Bản tái xét tình trạng hợp lệ này là tờ khai các sự kiện về những người muốn xin trợ cấp y tế. Quý vị cần trả lời tất cả câu hỏi trước khi chúng tôi biết được là có thể cho quý vị tiếp tục hưởng trợ cấp y tế nữa hay không.

Xin gửi cho tôi tin tức về chương trình trợ cấp tiền mặt và thực phẩm.

Xin viết chữ in

1. Tên	Tên Lót Việt Tắt	Họ	
2. Địa Chỉ Nơi Quý Vị Ở	Đường	Thành Phố	Tiểu Bang
3. Địa Chỉ Thư Tín	Đường	Thành Phố	Tiểu Bang
		Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
4. Các Số Điện Thoại	5. Quý vị có trở ngại để nói, đọc hoặc viết tiếng Anh không?		
Nhà () _____	Quý vị có cần gởi đến quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Số () _____	Quý vị có cần thông dịch viên không? (Nếu có, chúng tôi sẽ có thông dịch viên.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Quý vị nói ngôn ngữ nào? _____			
6. Một người trong gia đình của tôi có thai.	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Nếu có, ai? _____
Ngày dự trù sinh _____			

Tin Tức Tổng Quát

7. Một người trong gia đình của tôi bị tật nguyên. Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nếu có, ai?								
8. Liệt kê các người trong gia đình ở cùng một hộ:		(tin tức này sẽ không chia sẻ với INS)						
Tên (tên, tên lót, họ)	Liên hệ với quý vị	Ngày Sanh (tt/nn/nn)	Công dân Hoa Kỳ Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Nếu không là công dân Hoa Kỳ, người này có được cấp giấy tờ chứng minh tình trạng di trú không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Ghi ngày đến Hoa Kỳ của người này	Người này cóngười bảo trợ không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Số An Sinh Xã Hội (tùy ý nếu người này không muốn xin trợ cấp)	Phái tính Nam/ Nữ
A. Cha Mẹ/Giám Hộ hoặc Bản Thân			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
B. Cha Mẹ/Giám Hộ/Người Khác			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
C. Ghi Tất Cả Những Người Khác:			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
D.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
E.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
F.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
G.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
H.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
I.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Chi Phí

9. Quý vị có trả tiền cho ai để chăm sóc con quý vị hoặc để chăm sóc một người lớn phụ thuộc trong khi quý vị đi làm không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	10. Quý vị có trả tiền cấp dưỡng con theo lệnh tòa cho một đứa con không ở trong nhà quý vị không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Nếu có, bao nhiêu một tháng? \$ _____		Nếu có, bao nhiêu một tháng? \$ _____	

Lợi Tức

<p>11. Lợi tức từ việc làm</p> <p><input type="checkbox"/> Đánh dấu nếu quý vị có công việc tự làm chủ</p> <p>Tên SởLàm _____</p> <p>SốĐiện Thoại () _____</p> <p>Sốtiền kiếm được mỗi kỳ lương trước khi trừ thuế: \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Một thánghai lần</p> <p><input type="checkbox"/> Hàng tháng Sốgiờ làm việc mỗi tuần _____</p>	Lợi Tức Khác Nhận Được bởi Bất Cứ Ai trong Gia Đình	SốTiền	NhậnLợi Túc Bao Lâu Một Lần?	NgườiNào Trong Gia Định Kiếm Được Lợi Túc Nay?
	13. Cấp Dưỡng Con	\$		
	14. Chu Cấp Người Phối Ngẫu	\$		
	15. Tiền An Sinh Xã Hội	\$		
	16. TiềnThất Nghiệp	\$		
	17. TiềnLời từ Trưởng Mục Ngàn Hàng	\$		
	18. Hữu BổngCựu Chiến Bình	\$		
	19. Bồi Thường Tai Nạn Lao Động	\$		
	20. Phụ Cấp Quân Đội	\$		
	21. LợiTức từ Nhà Cho Thuê	\$		
22. LợiTức Khác (xin giải thích)	\$			
<i>Ghi Chú: Nếu quý vị cần thêm chỗ để ghi việc làm hay lợi tức thêm,xin viết vào tờ giấy riêng.</i>				

Tin Tức Bảo Hiểm Sức Khỏe

<p>23.Có người nào muốn tiếp tục hưởng trợ cấp y tế mà đã có bảo hiểm sức khỏe riêng không?</p> <p>Quý vị có bảo hiểm sức khỏe liên quan đến việc làm cho các con trong 4 tháng vừa qua không?</p> <p>Nếu có, bảo hiểm đó có dài hạn bác sĩ, bệnh viện, tia-X (quang tuyến) và thử nghiệm không?</p> <p>Nếu có, bảo phí có ít nhất \$50 mỗi tháng cho người phụ thuộc không?</p> <p>Nếu quý vị đánh dấu có vào bất cứ câu hỏi nào trên đây, xin điền các câu hỏi về bảo hiểm dưới đây.</p>	Có	Không
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Công Ty Bảo Hiểm hoặc Sở Làm SốKhế Uớc Tên Người Đứng Khế Uớc SốASXH của Người Đứng Khế Uớc		

Tin Tức Tự Nguyên

Chúng tôi yêu cầu quý vị tự nguyện cho chúng tôi biết về lai lịch chủng tộc hay sắc tộc. Tin tức này sẽ không được dùng để cứu xét tình trạng hợp lệ hưởng trợ cấp của quý vị.

- Người Mỹ Da Đỏ hoặc Bản Xứ Alaska Á Châu Da Đen hoặc Mỹ Phi Châu Tây Ban Nha hoặc La Tinh
 Bản xứ Hạ Uy Di hoặc Hải Đảo Thái Bình Dương Khác Trắng Sắc Tộc Khác

Cámkỳ thi trong tất cả chương trình và sinh hoạt do Bộ Xã Hội và Y Tế quản trị. Không một ai bị loại trừ ra khỏi chương trình và sinh hoạt này vì lý do chủng tộc, màu da, tín ngưỡng, niềm tin chính trị, quốc gia gốc, tôn giáo, phái tính hoặc tật nguyền.

Xin Đọc Cẩn Thận Trước Khi Ký Tên

TÔI HIẾU RẰNG:

- Tôi phải báo cáo ngay cho Bộ Xã Hội và Y Tế (DSHS), trên văn bản hay qua điện thoại, bất cứ thay đổi nào trong hoàn cảnh của tôi. Báo cáo trễ có thể làm cho trợ cấp bị sai.
- Hoàn cảnh của tôi phải chịu sự kiểm chứng của DSHS hoặc của các cơ quan tiểu bang hay liên bang khác.
- Tôi phải chứng minh là tôi đủ điều kiện được giúp đỡ. DSHS có thể giúp tôi tìm chứng từ hoặc tiếp xúc với những người khác hay cơ quan khác cho mục đích đó.
- Khi xin và nhận trợ cấp y tế, tôi ủy thác cho Tiểu Bang Washington tất cả quyền về mọi trợ cấp y tế, và bất cứ món tiền nào mà đợt tam nhán trả cho việc chăm sóc y tế của tôi.
- DSHS có thể chia sẻ hồ sơ chung ngừa của con tôi với Hệ Thống Theo Dõi Chứng Ngừa Sơ Lược của Bộ Y Tế
- Tôi hiểu rằng việc tái xét tình trạng hợp lệ này chỉ liên quan đến trợ cấp y tế mà thôi. Nếu gia đình tôi cần trợ cấp tài chính hay trợ cấp thực phẩm, chúng tôi phải nộp đơn xin qua Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO) DSHS.

Lời Khai và Chữ Ký

Tôi đã đọc và tôi hiểu tin tức trong mẫu tái xét tình trạng hợp lệ này. Tôi khai rằng tin tức mà tôi cung cấp trong mẫu tái xét này là thật, đúng, và đầy đủ theo sự hiểu biết tối đa của tôi và nhận mọi hình phạt nếu khai gian.

CHỮKÝ ĐƯỞNG ĐƠN	NGÀY	CHỮKÝ CỦAPHỐI NGẦU/GIÁM HỘ	NGÀY
-----------------	------	----------------------------	------